

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P-19-0035400



Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 352 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : LAARAJ Mohamed
Date de naissance : 1942
Adresse :
Tél. : 06 66 14 9462 Total des frais engagés : # 1500,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 26 / 09 / 2019
Nom et prénom du malade : LAARAJ Mohamed Age : 77
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : TM Cerebrale
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 30 / 09 / 2019
Signature de l'adhérent(e) : 

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- SY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- HOSPITALISATION EN HOPITAL
- HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU HOSPITALISATION EN HOPITAL
- VENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit de soins répétés en plusieurs séances ou actes effectués aux échelonnées
- aux comportant un ou plusieurs échelonnées
- et le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 883726

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : LAARAJ Mohamed
Matricule : 352 Fonction : Retraité Poste :
Adresse :
Tél. : 0662 14 54 62 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : LAARAJ Mohamed Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : ORP - 480
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Casa le 26/09/19 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Abdelkarim HOUDI
NEUROCHIRURGIEN
Clinique de Casa
22 82 11 11

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/08/19	G			
27/08/19	G			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/08/19	TM Cerebrale	1500,00

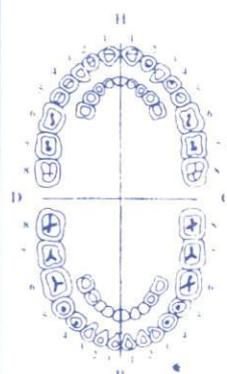
AUXILIAIRES MEDICAUX

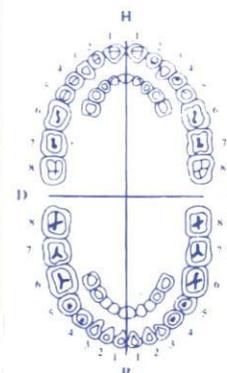
Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/>
				MONTANT DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>		H			25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/>
		H																		
		25533412	21433552																	
	D	00000000	00000000																	
		00000000	00000000																	
		35533411	11433553																	
		B	G																	
			MONTANT DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>																	
			DATE DU DEVIS <input style="width: 50px;" type="text"/>																	
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 26/09/19

Docteur :

LAARAJ Mohamed

TD7 Casablanca

Dr. Abdelkarim HOUDI
NEUROCHIRURGIEN
Neuro Clinique de Casa
Tél: 0522 82 11 11



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le.....

Docteur :

26/09/2019

FACTURE 0268/9/19

NOM ET PRENOM : Mr LAARAJ MOHAMED

TDM CEREBRALE

MONTANT TOTAL : 1500,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
«MILLE CINQ CENTS DIRHAMS »

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isère et Rue N° 2
Quartier Bagatelle-Léves-Polo
Tel 0522 82 11 11 Casablanca



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, Le

26 septembre 2019

COMPTE RENDU DE Mr LAARAJ Mohamed TDM CEREBRALE

INDICATION

Contrôle d'une DVP droite chez un patient de 77 ans.

TECHNIQUE

Examen réalisé sur G.E optima, sans injection de PDC, par une spirale sur l'ensemble du cerveau et reconstructions dans les trois plans de l'espace

RESULTAT

Au niveau de la fosse postérieure, il existe un élargissement atrophique des sillons corticaux à rapporter à l'âge du patient.
Le V4 est en place non dilaté.

En sus tentorial, on trouve un décollement cranio-cortical temporo-pariétal droit avec un hématome sous dural sub aigu ou chronique ayant récemment saigné comme on témoigne la présence de contenu liquidien pur dans lequel existe des structures hyperdenses déclive et en caillot.

Cette collection est partiellement cloisonnée et exerce un effet de masse sur le parenchyme cérébral fronto-temporo-pariétal droit.

Déplacement de la ligne médiane à gauche et hypodensité péri ventriculaire gauche évocatrice de hydrocéphalie aiguë avec résorption trans-épendymaire de ce côté.

Par ailleurs, le cathéter de DVP pénètre par voie pariétale postérieure droite et plonge dans les structures ventriculaires.

Pas de collection péri cérébrale du côté gauche.

Dr KAHHAK M

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isère - N° 2
Quartier Bagatelle - Casablanca